

语言服务公众申诉表

填写本表不构成提出歧视指控。

*必须填写栏目用星号标出

1. 申诉人信息		
*今天的日期：	*姓名：	
*地址：	*城市/州/邮政编码：	
电子邮件：_____	*您是否需要用您的语言提供协助？如果是，是哪一种语言？	
*家庭电话号码：_____	英语 法语 越南语	
工作电话号码：_____	阿姆哈拉语 韩语 其他语言：_____	
	汉语 西班牙语	
*联系人（如果无法找到您）：_____		
联系人电话号码：_____	*联系人电子邮件：_____	
您是否要求合理的便利设施？ 是 否		
如果是，请解释：_____		
您是否要求口译服务？ 是 否		
如果是，是哪一种语言？_____		
2. 被告信息		
*申诉人提出申诉的哥伦比亚特区政府机构名称：		
*机构地址：		
*机构电话号码：		
如果申诉人是对由哥伦比亚特区政府赞助的机构提出申诉，请在此处列出机构名称和联系信息：		
3. 申诉		
*事件发生日期：		
*申诉性质：		
机构工作人员不用您的语言提供协助	不提供翻译资料	其他：_____

*您是否曾告诉机构工作人员您的语言选择： 是 否

如果是，请描述您如何提出这项要求： _____

- 语言服务公众申诉表接下页 -

4. 详细信息

详细描述与上述机构、部门或组织之间发生的问题性质。

- 如无法在此填写所有内容，请增加纸页 -

5. 转介信息

您是如何得知哥伦比亚特区人权办公室的？（请勾选所有适用的项目）

家人、朋友或熟人	哥伦比亚特区政府或 311 电话号码	人权办公室网站或搜索引擎
人权办公室（OHR）社交媒体 （Facebook、Twitter 等）	人权办公室广告	人权办公室手册或传单
活动或培训	社区组织或非营利组织：	律师或律师助理办公室：
新闻报道（打印件、广播、电视或网络）	_____	_____
其他：_____		

请提供协助您填写本表的个人姓名和/或机构名称（如适用）：

联系人/职称：_____

日间电话号码：_____

请将本表用邮件寄回或亲自送回至：441 4th Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001

哥伦比亚特区人权办公室（OHR）旨在根除歧视、增进平等机会和保护在哥伦比亚特区居住、工作或访问的人的人权。
人权办公室收到本申诉表后将安排接纳面谈。

*申诉人签名

*日期